

# Znaczenie farmaceutów z aptek ogólnodostępnych dla promocji zdrowia seksualnego w Polsce

Anna Gołda, Justyna Dymek, Agnieszka Skowron

Zakład Farmacji Społecznej, Wydział Farmaceutyczny, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Adres do korespondencji: Anna Gołda, Zakład Farmacji Społecznej, Wydział Farmaceutyczny UJCM, ul. Medyczna 9, 30-688 Kraków, e-mail: a.golda@uj.edu.pl

## Zdrowie seksualne i reprodukcyjne

Zgodnie z definicją podaną przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) zdrowie seksualne jest zespołem intelektualnych, biologicznych, emocjonalnych i społecznych aspektów życia seksualnego, które są niezbędne człowiekowi dla rozwoju osobowości, komunikacji i miłości. Zdrowie seksualne warunkuje dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny człowieka. Normy medyczne zdrowia seksualnego tworzone są w oparciu o definicję WHO, Międzynarodową Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10, *International Classification of Diseases*) oraz Deklarację Praw Seksualnych z 2002 r. Ze zdrowiem seksualnym blisko związane, w ujęciu medycznym, jest zdrowie reprodukcyjne [1-4].

Farmaceuci z uwagi na wiedzę, którą dysponują oraz dostępność dla każdego pacjenta, mogą i powinni odgrywać rolę w promocji zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego pacjentów, co podkreślone jest od lat w międzynarodowym piśmiennictwie [5].

Wydaje się, że spośród obszarów, w których działania farmaceutów w Polsce mogą przynieść wymierne efekty, wymienić należy:

- działania edukacyjne oraz poradnictwo dotyczące regulacji płodności - z uwzględnieniem antykoncepcji (w tym dostępnej bez recepty);
- działania edukacyjne i profilaktyczne skierowane do kobiet w wieku reprodukcyjnym;
- działania edukacyjne obejmujące problematykę jakości życia seksualnego, w szczególności w kontekście stosowanej przez pacjenta farmakoterapii oraz jednostek chorobowych mogących wpływać na omawianą sferę życia;
- działania edukacyjne z zakresu profilaktyki niektórych chorób nowotworowych (rak piersi, rak szyjki macicy, rak gruczołu krokowego);

**The role of the community pharmacists in the promotion of the sexual and reproductive health in Poland** · The paper analyzes the importance of the community pharmacies in the promotion of reproductive and sexual health in the Polish environment. The main purpose of the article is to present the pharmaceutical services connected with reproductive health promotion that should be undertaken by pharmacists in Poland.  
**Keywords:** health promotion, reproductive health, community pharmacy.

© Farm Pol, 2018, 74(1): 35-39

- działania edukacyjne, poradnictwo dotyczące chorób przenoszonych drogą płciową (*sexually transmitted diseases*, STD) obejmujące również poradnictwo w zakresie stosowania preparatów OTC;
- działania edukacyjne i poradnictwo wspierające leczenie substytucyjne w okresie menopauzy i andropauzy.

## Promocja zdrowia reprodukcyjnego – szczególna, niedoceniana, rola farmaceuty

Rozpatrując potrzebę prowadzenia przez farmaceutów działań edukacyjnych z zakresu zdrowia reprodukcyjnego, warto przywołać raport z badania „Współczesna seksualność i nowoczesna antykoncepcja Polaków 2014”, w którym wykazano, że w Polsce najbardziej znaną i najczęściej stosowaną metodą zapobiegania ciąży jest prezerwatywa (wskazało ją 54% badanych) [6]. Powyższy wynik powinien niepokoić, z uwagi na fakt, że w sytuacji dostępności wielu skuteczniejszych metod antykoncepcyjnych, w wielu krajach zaleca się prezerwatywę jedynie jako sposób ochrony przed infekcjami przenoszonymi drogą płciową (STD), a nie

antykoncepcję. W raporcie uzyskano także zaskakującą informację, że pomimo wielu lat edukacji, aż 26% respondentek uznało stosunek przerywany za metodę zapobiegania ciąży [6, 7]. Obraz ten wskazuje na bezzwłoczną potrzebę podjęcia działań edukacyjnych w obszarze promocji zdrowia reprodukcyjnego, w co z powodzeniem mogą włączyć się magistrzy farmacji [5].

Mając na uwadze antykoncepcję dostępną w aptece bez recepty, tzn. mechaniczną (prezerwatywa, kapturek naszyjkowy) oraz chemiczną, czyli tzw. spermicydy (żele, pianki, globulki, kremy), należy pamiętać o konieczności edukacji pacjentek z zakresu ograniczeń tych metod (są obarczone najwyższą częstością nieplanowanych ciąż w ciągu pierwszego roku, zwłaszcza przy typowym użyciu, z uwzględnieniem błędów stosowania). Farmaceuta odpowiada za jakość udzielonej informacji o sposobie ich użytkowania, ponieważ skuteczność tej grupy środków wysoko koreluje z poprawnością ich zastosowania (np. właściwego momentu aplikacji spermicydu, interakcji z lekami stosowanymi dopochwowo oraz możliwości łącznego stosowania z prezerwatywą). Ważne jest podkreślenie wpływu substancji stosowanych miejscowo (przez obydwu partnerów) na skuteczność ochrony antykoniecznej zapewnianej przez prezerwatywę.

Jeszcze niedawno (2015 r.) w sprzedaży aptecznej w Polsce dostępna była bez recepty tzw. antykoncepcja awaryjna, przeznaczona do stosowania po stosunku (tabletki zawierające octan uliprystalu, 30 mg). Zgodnie z prawem lek można było wydać pacjentce powyżej 15 r.ż. Obecnie preparat jest dostępny z przepisu lekarza (Polska na tle Europy jest jednym z wyjątków). Niezależnie od kategorii dostępności leku, ważne by wydając go, farmaceuta potrafił w rzetelny sposób udzielić informacji, w tym również o mechanizmie jego działania (głównie hamowanie lub opóźnianie owulacji) i kwestiach związanych z bezpieczeństwem terapii. Z uwagi na liczne kontrowersje związane z tym preparatem, podczas konsultacji aptecznej, towarzyszącej ekspedycji antykoniecznej awaryjnej, farmaceuta powinien upewnić się, czy pacjentka wie, jak bezpiecznie zastosować lek. Octan uliprystalu (30 mg) powinien zostać przyjęty jak najszybciej – maksymalnie do 120 godzin (5 dni) po stosunku. Lek jest przeciwwskazany u pacjentek z ciężkimi zaburzeniami czynności wątroby oraz w przypadku istniejącej ciąży (wskazane jest wykonanie testu wykluczającego taką ewentualność – warto podpowiedzieć to pacjentce, by mogła go wykupić). Pacjentka nie może stosować równocześnie innej awaryjnej antykoniecznej hormonalnej (np. zawierającej lewonogestrel, w dobie możliwości zakupów internetowych, istotne by posiadała tę wiedzę). Ważne, aby farmaceuta przypomniał, że tego

leku nie powinna stosować częściej niż raz w cyklu, a także gdy w przeszłości pojawiły się po nim objawy niepożądane. Wydając lek, należy upewnić się, czy pacjentka nie stosuje leków/suplementów diety będących induktorami enzymu CYP3A4 (np. ziele dziurawca, niektórych leków działających na OUN w tym pochodnych barbituranów, fenytoiny) i czy nie choruje na astmę leczoną doustnymi glikokortykosteroidami (przeciwwskazanie do zastosowania leku). W przypadku matek karmiących istotna jest informacja, że po zażyciu preparatu nie zaleca się karmienia piersią przez 7 dni (należy poinformować pacjentkę o potrzebie stymulowania laktacji przez ten czas). Przy wydaniu leku warto poinformować pacjentkę, by nie stosować w danym dniu leków zwiększających pH soku żołądkowego. Istotne, aby podczas takiej konsultacji farmaceuta porozmawiał z pacjentką o dostępnych metodach antykoniecznych oraz zachęcił do kontrolnej wizyty u ginekologa celem dobrania optymalnej metody zapobiegania ciąży. Co ciekawe, w niektórych krajach są apteki posiadające serwis (usługę) umożliwiający pacjentce wykonanie na miejscu testu ciążowego, zebranie wywiadu, a także zarejestrowanie do odpowiedniej poradni w celu dobrania skutecznej metody antykoniecznej na przyszłość [8, 9].

W przypadku pacjentek stosujących antykonieczję hormonalną z przepisu lekarza ważna jest otwarta postawa farmaceuty w kwestii udzielania informacji i wyjaśniania wątpliwości dotyczących stosowanych preparatów. Z uwagi na fakt, że doustna antykonieczja hormonalna jest często przepisywana jednorazowo na wiele miesięcy, ważne jest uwrażliwienie pacjentki na sytuacje mogące powodować obniżenie skuteczności antykonieczji. Pamiętać należy o możliwych interakcjach lekowych (niektóre antybiotyki, sulfonamidy, induktory enzymu CYP3A4 – leki przeciwpadaczkowe, ziele dziurawca, a także retinoidy) oraz tzw. błędach stosowania i sposobach postępowania w ich przypadku (np. pominięcie tabletki, stosowanie w nierównych odstępach czasowych).

Z przytaczanego wcześniej raportu „Współczesna seksualność i nowoczesna antykonieczja Polaków 2014” wynika, że pacjenci w wieku reprodukcyjnym mają niską wiedzę z zakresu nowoczesnych metod antykoniecznych. Popularna jest doustna antykonieczja hormonalna (zwłaszcza dwuskładnikowa pigułka), podczas gdy nowoczesne metody, takie jak: plaster antykonieczny, hormonalny pierścień dopochwowy, implant czy wkładka wewnątrzmaciczna uwalniająca hormony, stosowało jedynie 1–3% ankietowanych [6]. Powyższy fakt ponownie wskazuje na konieczność podjęcia działań edukacyjnych ze strony farmaceutów. Warto mieć świadomość, że obecnie jedynie metody

o przedłużonym działaniu uznawane są za nowoczesną antykoncepcję. Z uwagi na fakt niskiej częstości stosowania najnowocześniejszych metod (plastry, hormonalny pierścień dopochwowy) konieczne jest, by farmaceuci każdorazowo dokładnie informowali pacjentki o sposobie/miejscu ich stosowania/aplikacji, z uwzględnieniem czasu stosowania (kiedy wymienić plaster lub pierścień, w jaki miejscu naклеić plaster, ale także: jak przygotować skórę, po jakim czasie od aplikacji metoda jest skuteczna, co zrobić w przypadku uszkodzenia produktu, np. nacięcia plastra/pierścienia podczas otwierania opakowania, jak zachować się w przypadku przeoczenia dnia zmiany produktu). Niezmiernie istotne jest również, by pacjentka miała świadomość, że pomimo iż lek jest stosowany np. na skórę w postaci plastra, jego działanie może zostać osłabione przez preparaty stosowane doustnie.

W światowym piśmiennictwie wskazuje się na fakt, że wysoka świadomość, w odniesieniu do potrzeby prowadzenia rozmów dotyczących antykoncepcji przez farmaceutów w aptekach ogólnodostępnych i istnienie różnorodnych programów wspierających te działania, nie przekłada się na działania, a tematyka jest uznawana przez farmaceutów za trudną do realizacji. Wydaje się, że wydzielenie przestrzeni konsultacyjnej, przynajmniej częściowo mogłoby ułatwić farmaceutom dyskutowane zadania [9]. Potrzeba wydzielenia pomieszczenia/boksu w aptece nabiera szczególnego znaczenia w kontekście innych działań podejmowanych przez farmaceutów na świecie w ramach promocji zdrowia seksualnego – wymienić tu można dla przykładu podawanie kontynuacji zastrzyku antykoncepcyjnego (Depo-Provera®) [10].

Istnieje szereg aspektów wiążących aptekę i zdrowie reprodukcyjne. Wystarczy wskazać zarządzanie farmakoterapią (*medication therapy management, MTM*) czy monitorowanie farmakoterapii, gdzie udział farmaceutów jest nieoceniony, a obszary farmakoterapii związane z tzw. planowaniem rodziny, czyli związane ze zdrowiem reprodukcyjnym są uznawane w światowym piśmiennictwie za priorytetowe [11]. Ważne by na powyższą problematykę spojrzeć, uwzględniając zarówno pacjentki pragnące zajść w ciążę, ciężarne, jak i osoby które ciąży nie planują. Zadaniem farmaceuty jest nie tylko poradnictwo, lecz również monitorowanie farmakoterapii, zwłaszcza niedopuszczalne jest przeoczenie sytuacji, gdzie kobieta w wieku reprodukcyjnym stosowałaby leki przeciwwskazane w ciąży bez wiedzy o konieczności stosowania w czasie terapii skutecznej metody antykoncepcji (do sytuacji takiej może dojść np. gdy pacjentka, stosująca leki przewlekłe, rezygnuje bez informowania lekarza z antykoncepcji lub ma czasowo włączane nowe leki). Do obowiązku farmaceuty należy

udzielenie informacji dotyczącej wpływu leku/suplementu diety na ewentualną ciążę i działań, jakie należy podjąć, w przypadku gdy taki lek jest stosowany (np. czasowa ochrona z zastosowaniem antykoncepcji mechanicznej, konsultacja z lekarzem celem zamiany na lek bezpieczny dla płodu, wdrożenie skuteczniejszej metody).

Kolejną grupą preparatów, na którą powinni zwrócić uwagę farmaceuci, są preparaty niekorzystnie wpływające na płodność (w tym suplementy diety) – zwłaszcza w sytuacji, kiedy zajście w ciążę dla wielu par stanowi problem [12]. Zarówno w przypadku pacjentek starających się o dziecko, jak i odkładających zajście w ciążę, istotne jest, by wiedziały, jak i kiedy stosować testy ciążowe, aby ich wynik był wiarygodny. Ważne jest także, by pacjentka mogła dowiedzieć się w aptece o możliwościach płynących z zastosowania testów owulacyjnych i sposobie ich użytkowania.

### **Jakość życia seksualnego w kontekście farmakoterapii stosowanej przez pacjenta**

Zagadnienia dotyczące jakości życia seksualnego stanowią bardzo obszerny temat, dlatego w artykule zostaną wskazane jedynie niektóre aspekty istotne z punktu widzenia pacjenta i farmaceuty. Pojawienie się dysfunkcji seksualnych stanowi dla pacjenta poważny problem dotyczący obszaru określanego jako intymny. Z badań prowadzonych przez prof. Z. Izdebskiego wynika, iż pomimo faktu, że coraz powszechniej podejmuje się w mediach powyższą tematykę, dalej jest ona uznawana (zwłaszcza przez mężczyzn) za wstydliwą. Brak dostatecznej wiedzy medycznej w połączeniu ze społecznym tabu może skutecznie powstrzymać chorego przed rozmową na ten temat z lekarzem (z badań ankietowych prof. Izdebskiego wynika, że spośród mężczyzn powyżej 50 r.ż., u których wystąpiły zaburzenia erekcji do lekarza zgłosiło się jedynie około 20%) [2, 6, 13–17]. Z drugiej strony preparaty, zarówno produkty lecznicze, jak i suplementy diety, poprawiające potencję są szeroko reklamowane, dlatego coraz częściej pacjent z zaburzeniami libido i/lub erekcji szuka rozwiązania swoich problemów wyłącznie w aptece [2]. W sytuacji porady dotyczącej preparatu ze wspomnianej grupy w pierwszej kolejności powinna zostać przeanalizowana farmakoterapia pacjenta. Dowiedziono, że za około 25% ujawnionych zaburzeń erekcji odpowiada farmakoterapia [13]. Rolą farmaceuty jest uświadomienie tego faktu choremu oraz wskazanie konieczności poinformowania lekarza o występującym działaniu niepożądanym celem zoptymalizowania farmakoterapii. Konieczne jest także wysłanie zgłoszenia działania niepożądanego. Farmaceuta powinien edukować

pacjenta, że niektóre leki mogą przyczynić się do zaburzenia procesów, których efektem jest wystąpienie wzdrodu. Do leków, których przyjmowanie może wiązać się z ryzykiem występowania zaburzeń erekcji zalicza się zwłaszcza:

- leki działające na ośrodkowy układ nerwowy (neuroleptyki – zwłaszcza z grupy typowych, leki przeciwdepresyjne, leki przeciwlękowe, leki przeciwpadaczkowe);
- leki stosowane w farmakoterapii chorób układu sercowo-naczyniowego (leki hipotensyjne ze wszystkich grup – zwłaszcza nieselektywne beta-adrenolityki, diuretyki tiazydowe, leki antyarytmiczne, niektóre leki hipolipemizujące);
- leki stosowane w urologii (zwłaszcza finasteroid stosowany w przerście gruczołu krokowego, hormonalna terapia nowotworu prostaty, leki stosowane w nietrzymaniu moczu);
- leki stosowane w gastroenterologii (antagoniści receptorów histaminowych H<sub>2</sub> – zwłaszcza cymetydyna, metoklopramid, omeprazol) [13].

Farmaceuta, udzielając porady, powinien zapewnić pacjenta, że lekarz ma możliwość zmiany leczenia na takie, które będzie dla pacjenta bardziej komfortowe (tak aby pacjent nie próbował rozwiązać problemu przez samodzielne odstawienie leku).

Udzielając porady w zakresie jakości życia seksualnego, farmaceuta musi również pamiętać, że zaburzenia mogą wynikać ze stanów fizjologicznych lub chorobowych występujących u pacjenta (zdiagnozowanych lub niezdiagnozowanych). Zaburzenia libido czy erekcji mogą wystąpić u pacjentów zwłaszcza w przebiegu: nadciśnienia tętniczego oraz miażdżycy czy choroby wieńcowej. Należy zaznaczyć, że pojawienie się zaburzeń erekcji u mężczyzny między 40 a 60 rokiem życia może wynikać z miażdżycy małych naczyń i stanowi istotny czynnik ryzyka epizodów sercowo-naczyniowych [2, 13–18]. Farmaceuta powinien przekonać pacjenta o konieczności konsultacji lekarskiej celem oceny ryzyka wystąpienia choroby niedokrwiennej serca.

Należy również zwrócić uwagę na problemy związane z obniżoną jakością życia seksualnego mogące wystąpić u kobiet. Dysfunkcje, w tym obniżone libido, trudności z osiągnięciem orgazmu oraz ból podczas stosunku mogą wynikać ze zmian hormonalnych występujących w przebiegu schorzeń lub występować w okresie menopauzy (obniżenie stężenia estrogenów i testosteronu) [19]. Farmaceuta jest w stanie zapewnić wsparcie poprzez edukację oraz wyjaśnienie pacjentce korzyści płynących z zastosowania zaleconej przez ginekologa hormonalnej terapii zastępczej. Również w przypadku kobiet istotne jest przeanalizowanie stosowanej farmakoterapii mogącej wpływać ujemnie na libido pacjentki (np. leki działające depresyjnie na OUN, neuroleptyki, beta-blokery, niektóre

preparaty hormonalne, w tym antykoncepcyjne). Udzielając porady, należy wskazać na dostępność żelów poprawiających nawilżenie pochwy (można je stosować bezpiecznie wraz z prezerwatywą).

Warto podkreślić, że grupą schorzeń, w przebiegu których mogą pojawić się dysfunkcje seksualne zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn są zaburzenia psychiczne – zwłaszcza depresja (w jej przypadku obniżenie libido często stanowi jeden z symptomów), warto by pacjent miał świadomość, że jego problemy są przejściowe i powinny ustępować w miarę poprawy samopoczucia w trakcie leczenia (odroczonego w czasie efekt działania leków przeciwdepresyjnych).

Jak wspomniano, farmaceuta często jest pierwszą osobą, której pacjent zgłasza swoje problemy (zwłaszcza jeśli uwzględni się prośbę o szeroko reklamowane suplementy diety poprawiające sprawność seksualną). Dlatego niezmiernie ważne jest, by przed ekspedycją preparatu OTC (często suplementu diety, w przypadku którego nie ma dowodów na skuteczność działania) przeprowadzić wywiad lekowy oraz zastanowić się, czy problem nie leży w stosowanej przez pacjenta farmakoterapii lub nieleczonym schorzeniu.

### **Rola farmaceutów w promocji zdrowia seksualnego – zapobieganie chorobom przenoszonym drogą płciową**

Do chorób przenoszonych drogą płciową (STD), dawniej nazywanych chorobami wenerycznymi, zaliczane są infekcje bakteryjne (np. chlamydia, rzeżączka, kiła), wirusowe (np. AIDS, opryszczka, WZW, HPV), grzybicze (np. kandydoza) i pasożytnicze (np. rzęsistkowica), których transmisja może odbywać się na drodze kontaktu płciowego (nie jest to jedyna możliwość zakażenia). W Polsce rola farmaceutów w zakresie zapobiegania STD wydaje się być ograniczona. Poza edukacją, do działań, które mogą i powinni podejmować, zaliczyć można udzielanie informacji i sugerowanie zastosowania prezerwatywy u pacjentów leczonych (wykupujących preparaty) z powodu STD (np. grzybic), informowanie o wrotach infekcji STD oraz sposobach prewencji. Istotne jest, by pracownicy apteki, wydając pacjentowi preparaty OTC wskazujące na samoleczenie dolegliwości objawowo zbieżnych z STD (charakteryzujących się np. świądem, upławami), sugerowali konieczność kontroli lekarskiej oraz potrzebę diagnostyki i leczenia obydwu partnerów. Co ciekawe, doniesienia międzynarodowe wskazują, że rola farmaceutów w prewencji i terapii STD jest istotna. Farmaceutci na świecie prowadzą usługi z zakresu zapobiegania STD poprzez wspomniane działania edukacyjne, wspomaganie samolecznictwa, screening STD,



a także w niektórych krajach wykonują i interpretują wynik testu w kierunku chłamydiozy (obecnie najczęstsza STD), prowadzą także darmową ekspedycję prezerwatyw [20, 21].

Z zagadnieniem promocji zdrowia seksualnego związane jest wiele tematów, których podjęcie, z uwagi na społeczne tabu nie jest łatwe dla pacjentów. Wydaje się, że rozmowa towarzysząca wywiadowi aptecznemu może przyczynić się do wzrostu wiedzy pacjenta w tym zakresie. Warto, by przedstawiciele zawodów medycznych, zwłaszcza farmaceutów, rozwijali umiejętności pozwalające w sposób komfortowy dla obu stron omawiać tę szczególną grupę problemów. Konieczne jest także stworzenie przestrzeni umożliwiającej dyskrecję podczas rozmowy z pacjentem w aptece.

Otrzymano: 2017.12.15 · Zaakceptowano: 2018.01.10

## Piśmiennictwo

1. WHO European Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health; World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen 2001.
2. Izdebski Z.: Zdrowie seksualne mężczyzn. Wybrane zagadnienia, Seksuologia Polska 2012, 10(1): 1–8.
3. Sexual and reproductive health core competencies in primary care; World Health Organization, Geneva, Switzerland 2001.
4. Sexual and reproductive health strategic plan 2010–2015 and proposed programme budget for 2010–2011; Geneva, World Health Organization 2009.
5. Gale A., Watson MC.: The provision of current and future sexual health services from community pharmacies in Grampian, Scotland, Int J Clin Pharm 2011, 33(2), 183–190.
6. Seksualność Polaków 2011 raport Zbigniew Izdebski i Polpharma // www.termedia.pl/-Badanie-Zbigniewa-Izdebskiego-i-Polpharmy-Seksualnosc-Polakow-2011-,5152.html.
7. Izdebski Z., Wąż K.: Zdrowie seksualne i reprodukcyjne młodzieży; Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 2014, 12(1): 45–55.
8. Schulz M., Goebel R., Schumann C., Zagermann-Muncke P.: Non-prescription dispensing of emergency oral contraceptives: Recommendations from the German Federal Chamber of Pharmacists [Bundesapothekerkammer]; Pharm Pract (Granada) 2016, 14(3): 828.
9. Gonsalves L., Hindin MJ.: Pharmacy provision of sexual and reproductive health commodities to young people: a systematic literature review and synthesis of the evidence; Contraception 2017, 95(4): 339–363.
10. Heller R., Johnstone A., Cameron ST.: The feasibility of contraceptive injections at the community pharmacy, Eur J Contracept Reprod Health Care 2017, 22(5): 327–333.
11. Casserlie LM., Mager NA.: Pharmacists' perceptions of advancing public health priorities through medication therapy management; Pharm Pract (Granada) 2016, 14(3): 792.
12. Collins GG., Rossi BV.: The impact of lifestyle modifications, diet, and vitamin supplementation on natural fertility, Fertility Research and Practice 2015, 1: 11.
13. Woróń J., Kostka-Trąbka E.: Zaburzenia erekcji jako wynik niepożądanego działania leków; Seksuologia Polska 2005, 3(1): 18–22.
14. Izdebski Z.: Seksualność Polaków na początku XXI wieku. Studium badawcze; Wyd. UJ, Kraków 2012.
15. Izdebski Z.: Raport „Badanie seksualności osób po pięćdziesiątym roku życia”; Zielona Góra–Warszawa 2007.
16. Lew-Starowicz M.: Seksualność w chorobach przewlekłych. [w:] Lew-Starowicz L., Skrzypulec V., red. Podstawy seksuologii. Warszawa Wydawnictwo Lekarskie PWL 2010, 153–158.
17. Welnicki M., Mamcarz A.: Zaburzenia erekcji: niezależny czynnik ryzyka choroby niedokrwiennej serca czy kliniczna manifestacja postępującej miażdżycy? Kardiologia Pol. 2012, 70(9), 953–995.
18. Jakiel G.: Seksualność mężczyzn w okresie andropauzy; [w:] Lew-Starowicz L., Skrzypulec V., red. Podstawy seksuologii. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PWL 2010: 145–153.
19. Thomas HN., Hamm M., Hess R., Borrero S., Thurston RC.: Patient-Centered Outcomes and Treatment Preferences Regarding Sexual Problems: A Qualitative Study Among Midlife Women, J Sex Med. 2017, 14(8): 1011–1017.
20. Garcia P., Hughes J., Carcamo C., Holmes KK.: Training pharmacy workers in recognition, management, and prevention of STDs: district-randomized controlled trial, Bull World Health Organ. 2003; 81(11), 806–814.
21. Gudka S., Afuwape FE., Wong B., Yow XL., Anderson C., Clifford RM.: Chlamydia screening interventions from community pharmacies: a systematic review, Sex Health 2013, 10(3): 229–239.